

University of Groningen

Emancipatie van de (huisarts)geneeskunde

Meyboom-de Jong, B.

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

2006

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Meyboom-de Jong, B. (2006). *Emancipatie van de (huisarts)geneeskunde*. s.n.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Emancipatie van de (huisarts)geneeskunde

Afscheidcollege van Prof. Dr. B. Meyboom-de Jong op 28 september 2004

Meneer de rector, dames en heren,

In 1871 werd Aletta Henriette Jacobs uit Sappemeer als eerste vrouwelijke student in Nederland ingeschreven aan de Groninger universiteit en wel als studente geneeskunde gesteund door het ‘old boys network’ van Aletta’s vader die huisarts was te Sappemeer en na toestemming van de liberale minister van binnenlandse zaken Thorbecke.¹ Het was een van ’s ministers laatste ambtsbezigheden, want Thorbecke overleed enkele dagen later. Met dat besluit maakte de Minister de uitsluiting van vrouwen ongedaan die het gevolg was van zijn wetten van 1865, waarbij de geneeskunde voorbehouden werd aan academisch opgeleide geneesheren.

In 1878 werd Aletta aan de universiteit van Utrecht als eerste vrouw bevorderd tot geneesheer en in 1879 promoveerde zij te Groningen op het proefschrift ‘over localisatie van physiologische en pathologische verschijnselen in de groote hersenen’.^{1,2} In haar memoires betreurt zij het dat haar proefschrift niets met haar latere werkveld van doen had.

Nadat Aletta zich als algemeen arts voor vrouwen en kinderen te Amsterdam had gevestigd – in die tijd gaf het geen pas dat een vrouwelijke arts mannelijke patiënten behandelde, daartoe vond zij een aantal haar toegenegen collegae bereid- adviseerden haar collegae die geen verloskunde beoefenden haar om zich uitsluitend te bepalen tot het verlenen van verloskundige hulp, schrijft zij in haar memoires.¹ En “Blijf vooral een stuk beneden het gebruikelijke tarief dan zien de medici hier ter stede dat gij U niet als hun gelijke beschouwt. Hoe verwonderd keken zij mij aan toen ik hen verzekerde dat het wel degelijk in mijn bedoeling lag mij als arts te vestigen op voet van gelijkheid met de te Amsterdam gevestigde mannelijke artsen.”

Zij illustreert haar problemen met het volgende verhaal: “Toen ik de echtgenoot van een Amsterdams patriciër na langdurige behandeling had kunnen verzekeren dat zij van een ernstige gynaecologische kwaal genezen was, diende ik bij aanvang van het nieuwe jaar zoals gebruikelijk mijn rekening in. Enkele dagen later kwam de echtgenoot op bezoek die mij verweet dat ik, een vrouw, hem een rekening had durven sturen even hoog

als die van welken mannelijke arts dan ook. Hoe komt U op het denkbeeld, riep hij een en al verontwaardiging. U moest toch stellig weten dat niemand eraan denkt om vrouwenarbeid even hoog te waarderen als werk dat door mannen wordt verricht. Hebt U dan, vroeg ik doodkalm, toen mevrouw uw echtgenoot ernstig ziek was minderwaardige en daarom goedkoope medische hulp voor haar gezocht? Gij moest het veeleer waarderen dat ik mij houdt aan de door mijne mannelijke collegae vastgestelde tarieven in plaats van mij te beroepen op de bevoorrechte positie vooralsnog de eenige vrouwelijke doctor in het land te zijn en mij daarom duurder te laten betalen dan de overige Amsterdamsche medici.¹

De inschrijving van Aletta als eerste vrouwelijke student geneeskunde en haar bevordering tot geneesheer vormen het begin van de emancipatie van de geneeskunde, waarbij het er om gaat de machtspositie van de eigen groep te versterken ten koste van een als machtiger gevoelde en aangewezen andere groep.³ Achtereenvolgens zal ik het groeiende aandeel van vrouwen in de medische professie en de verschillende specialismen, de redenen om te emanciperen, de bevorderende en belemmerende factoren, gender en status, het medisch opleidingscontinuüm, de situatie in de huisartsgeneeskunde, deeltijd werken en de carrière mogelijkheden van vrouwelijke academici de ‘mommy track tenure’ behandelen.

Vrouwelijke artsen

Tot vlak na de Tweede Wereldoorlog was het aandeel van vrouwelijke artsen minder dan 10% en tot 1980 minder dan 20%.⁴ Sinds 1972 neemt het aantal vrouwelijke studenten gestaag toe van 29% in 1970 tot 67% in 2002.⁵ Onder de huisartsen in opleiding zijn vrouwen in de meerderheid (63%), terwijl het aantal vrouwen onder gevestigde huisartsen en HIDHA's (Huisarts in Dienstverband van een Andere Huisarts) in de periode 1980 tot 2001 steeg van 4 tot 31%.⁶

Op 1 juli 2003 is het aantal vrouwen onder specialisten gemiddeld 29%.⁶ De meeste specialismen zijn mannenberoepen (>80% mannen) of door mannen gedomineerde beroepen (60-80% mannen) zo blijkt uit tabel 1.⁷ Het enige door vrouwen gedomineerde specialisme is de klinische genetica, een jong specialisme, met 65% vrouwen.

Ook in leidinggevende posities in ziekenhuizen neemt het aantal vrouwen langzaam toe. In academische ziekenhuizen is 3% van de vrouwen afdelingshoofd tegen 15% van de mannen. In de algemene ziekenhuizen is

7% van de vrouwen en 16% van de mannen opleider of waarnemend opleider, in de academische ziekenhuizen is dat respectievelijk 9% en 26%.⁸
Tabel 1. Aantal vrouwen in medische specialismen (percentages)⁷

Vrouwenberoep (> 80% vrouwen)

Geen

Door vrouwen gedomineerd beroep (60-80% vrouwen)

klinische genetika (65%)

Mensenberoep (40-60% vrouwen en mannen)

Kindergeneeskunde (46%)

Verstandelijk gehandicapte arts (52%)

Klinische geriatrie (58%)

Revalidatiegeneeskunde (40%)

Maatschappij en gezondheid (54%)

Verpleeghuisgeneeskunde (56%)

Door mannen gedomineerd (60-80% mannen)

Anesthesiologie (24%)

Pathologie (26%)

Bedrijfskunde (28%)

Psychiatrie (33%)

Dermatologie (33%)

Radiotherapie (33%)

Huisartsgeneeskunde (32%)

Reumatologie (31%)

Inwendige Geneeskunde (24%)

Verloskunde, gynaecologie (30%)

Neurologie (20%)

Verzekeringsgeneeskunde (31%)

Oogheelkunde (34%)

Mannenberoep (< 20% vrouwen)

Cardiologie (9%)

Neurochirurgie (17%)

Gastro-enterologie (12%)

Orthopedie (3%)

Heelkunde (8%)

Plastische chirurgie (13%)

KNO heelkunde (9%)

Radiologie (13%)

Longziekten (9%)

Urologie (4%)

In Noorwegen is aangetoond dat het aantal vrouwen op hogere posities in een bepaald specialisme wordt bepaald door het aandeel vrouwen in dat specialisme. Toppen rusten op een brede basis.⁹

Hoewel het aantal vrouwelijke artsen toeneemt met name onder de jongere artsen bedroeg op 1 juli 2003 het aantal vrouwen onder alle 52.335 BIG geregistreerde artsen 37%.⁶ Van feminisering van de geneeskunde, omschreven als een oververtegenwoordiging van vrouwen, kan nog niet worden gesproken. Ook van een fifty-fifty verdeling is nog geen sprake. Zorgelijk is de situatie in academia. Onder het 40.793 personen tellende universitair personeel is 36 % vrouw.¹⁰ Naarmate de positie hoger wordt neemt het aantal vrouwen af. In 2001 blijkt in de sector gezondheid 61.3%

van de afgestudeerden en 6.0 % van de hoogleraren vrouw te zijn. In de faculteiten geneeskunde/UMC's varieerde dat aantal van 3-13%.⁵ Wegens dit lage aantal in academia waarmee Nederland de op een na laagste plaats in Europa inneemt heeft de voormalige minister van VWS, Els Borst ooit Nederland als een ontwikkelingsland bestempeld. Ook in andere Europese landen en in de Verenigde Staten zien we hetzelfde fenomeen; evenveel vrouwelijke als mannelijke studenten of zelfs meer vrouwelijke studenten; vaak meer vrouwelijke artsen die aan een academische carrière beginnen, maar selectieve instroom in bepaalde medische specialismen en geringe doorstroom naar hogere functies.¹¹ In de Verenigde Staten is bij herhaling gevonden dat vrouwen lager gehonoreerd worden voor hetzelfde werk dan mannen en dat het verschil in betaling tussen mannen en vrouwen toeneemt met het stijgen van de leeftijd.^{12,13} In New Zeeland bleek dat onder het personeel in de gezondheidszorg, dus niet alleen onder artsen, in de periode 1971-2001 in de top-10 door mannen gedomineerde beroepen (>90% mannen) het aantal mannen vrijwel allemaal afnam tot ca. 60% met twee uitzonderingen.¹⁴ Onder chirurgen bleef het aantal mannen hoog, 98% in 1991 en 88% in 2001. Onder gynaecologen daalde het aantal mannen van 93% in 1971 naar 35% in 2001. Onder de top-10 door vrouwen gedomineerde beroepen zoals verloskundigen, verpleegkundigen en paramedici bleef het aantal vrouwen hoog >90%, behalve bij de bedrijfstherapeuten en de leidinggevende verpleegkundigen. Als er meer vrouwen in een professie komen zijn meer professionals nodig omdat vrouwen vaker in deeltijd werken.

Waar toe emancipatie?

Eerst wil ik stilstaan bij de vraag waar toe emancipatie. Waarom is het wenselijk dat vrouwen vertegenwoordigd zijn in hogere en leidinggevende posities en in alle specialismen?

Daar toe zijn vier argumenten aan te voeren:¹⁵

1. rechtvaardigheid: Vrouwen en mannen hebben in onze maatschappij, in onze wereld gelijke rechten en mogelijkheden. Het zou onrechtvaardig zijn door het opwerpen van verborgen of openlijke drempels het vrouwen onmogelijk te maken arts te worden of hoogleraar, opleider, directeur, decaan of bestuurder.
2. doelmatigheid: Er worden al jaren meer vrouwelijke studenten opgeleid. Als de voorwaarden niet gecreëerd worden om de opgeleide vrouwelijke artsen daadwerkelijk te laten functioneren is dat kapitaal verspilling.

3. complementariteit: Vrouwen gedijen beter in horizontale netwerk structuren, mannen beter in hiërarchische competitieve structuren. Beide zijn nodig in complexe organisaties als ziekenhuizen, en universiteiten. Deze complementariteit in functioneren is ook nodig in de patiëntenzorg. Vrouwen kunnen zich beter inleven in patiënten, mannen houden meer afstand.
4. kwaliteitsborging. Vrouwen en mannen verschillen niet in wetenschappelijke kwaliteiten, maar vrouwen hebben een beter studierendement. Als dan meer mannen dan vrouwen worden benoemd bijvoorbeeld in universitaire functies betekent dit dat mensen worden aangesteld van mindere kwaliteit dan voorhanden is. Dat is slecht voor de kwaliteit van onderwijs en onderzoek. Het is ook slecht voor de kwaliteit van het personeelsbestand.

Bevorderende en belemmerende factoren

In de loop der tijd zijn er talloze factoren opgespoord die de selectieve instroom van vrouwen in bepaalde specialismen en beperkte doorstroom naar hogere functies proberen te verklaren. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen individu gebonden (demografische en socialisatie) en niet individu gebonden (maatschappelijke en beroepspecifieke) factoren.¹⁶

- Onder de individugebonden factoren blijken het hebben van een (emotioneel) ondersteunende partner, geen kinderen en goede huishoudelijke hulp en als er wel kinderen zijn goede oppas bevorderend.¹⁷
- Zichtbare rolmodellen van vrouwen op hoge posities zijn bevorderlijk naast persoonlijke eigenschappen als kunnen plannen, prioriteiten kunnen stellen en doorzettingsvermogen. Het gebrek aan carrière gerichte opvoeding, een opvoeding als huismoeder is belemmerend.

De Faculteit der Medische Wetenschappen van de RUG heeft zich de noodzaak voor het zichtbaar maken van vrouwen op vooraanstaande posities ter harte genomen en met dit doel enkele jaren geleden de Bijtelleerstoel ingesteld. Deze leerstoel is genoemd naar Johanna Huberta Bijtel, de eerste vrouwelijke lector in de embryologie van 1948 tot 1960 te Groningen. Achtereenvolgens is de leerstoel bezet geweest door Professor dr. I.D.de Beaufort, hoogleraar medische ethiek te Rotterdam, Professor dr.J.A.A. Hoogkamp- Korstanje, hoogleraar medische microbiologie te Nijmegen en Prof. Ilora Finlay, M.D.,Ph.D., hoogleraar palliatieve zorg te Cardiff, Wales. Het is spijtig dat sindsdien nog geen nieuwe kandidaat is voorgedragen. Ook

voor de Jantina Tammes leerstoel waarop afwisselend vrouwelijke professoren uit verschillende faculteiten worden benoemd is nog geen kandidaat uit de geneeskundige faculteit voorgedragen.

- Van de maatschappelijke factoren zijn goede regelingen voor zwangerschapsverlof, en ouderschapsverlof zeer bevorderend. In de gezondheidszorg waar veelal van werknemers flexibele werktijden en inzet buiten kantooruren gevraagd worden zouden werkgevers zich moeten inspannen flexibele kinderopvang te faciliteren door zelf voorzieningen te scheppen of aan de bekostiging daarvan bij te dragen. Ook vervanging tijdens zwangerschap van assistenten in opleiding bij diensten is noodzakelijk zodat de veelal overbelaste assistenten die taak van hun zwangere collega niet ook nog op zich hoeven te nemen. Willemsen bepleitte langer ouderschapsverlof zowel voor moeders als vaders tijdens het KNAW/LNVH symposium 'vrouwelijke hoogleraren in Nederland'.¹⁵

- Van de beroepsspecifieke werken rigide carrière- en beroepsstructuren, belemmerend evenals seksistisch gedrag van collega's en patiënten, onregelmatige werktijden, grote beschikbaarheid en veel inzet eisend werkzaamheden en een 'old boys network'.¹⁸ Een begripvolle huisartsopleider bleek in de werksituatie een positieve invloed te hebben.¹⁷ Van de beroepsspecifieke factoren is het in deeltijd kunnen werken gedurende een aantal jaren een belangrijke bevorderende factor. In deeltijd kunnen werken is niet genoeg. Vooral het niet aangepast zijn van schooltijden op werktijden levert problemen. In het UMC te Utrecht is een proef met 'Moedercontracten, ook voor vaders' gestart.¹⁹ Daarbij werden operatieverpleegkundigen geworven voor werkzaamheden onder schooltijd met vrij tijdens de schoolvakanties. Ook anesthesisten bleken belangstelling te hebben. Het effect was dat de bezettingsgraad van de operatiekamers verbeterde van 78 tot 86% en 40 uur extra operatietijd werd gewonnen. De stille arbeidsreserve werd zo verminderd en herintreding bevorderd. Verpleegkundigen en artsen behielden hun vaardigheden en hun registratie. Zolang er niet intensiever gediscussieerd wordt om de schooltijden op de arbeidstijden aan te passen, kunnen 'moedercontracten ook voor vaders' een oplossing zijn voor verpleegkundigen en artsen om hun vaardigheden en registratie te behouden.

Zeer recent heeft de Britse minister van Onderwijs Clark een plan voor 'extended schools' gelanceerd, waar kinderen van 8 tot 18.00 uur kunnen leren, spelen, sporten, ontbijten en lunchen, en muziek maken, ook tijdens de

vakanties.²⁰ In 2006 zou er tenminste een ‘extended school’ in elke gemeente moeten zijn, in 2008 zijn 1000 ‘extended’ basisscholen gepland voor 50.000 kinderen, op den duur zouden alle basisscholen van 8 tot 18.00 uur kinderen op moeten kunnen vangen. In Groningen blijken al sinds 1996 in verschillende wijken Vensterscholen te zijn opgericht voor kinderen van 0-15 jaar.²¹ Het doel was minstens één basisschool met verschillende andere voorzieningen in de wijk te laten samenwerken en zo betere mogelijkheden te creëren om zorg en arbeid te combineren. De ouders worden zoveel mogelijk bij de Vensterscholen betrokken.

Gender en status

De sterke ondervertegenwoordiging van vrouwen in de bovenste lagen van allerlei maatschappelijke instituties en instellingen, als ook het voorkomen van ongewenste intimiteiten van mannen richting vrouwen kunnen worden opgevat als indicaties voor asymmetrische verhoudingen tussen de seksen op de werkvloer. In Nijmegen bleek dat een op de vijf vrouwelijke co-assistenten te maken had met seksuele ongewenste intimiteiten (persoonlijke mededeling Prof. Dr. Lagro-Janssen). In de Verenigde Staten werd onder 1979 artsen van 24 verschillende medische faculteiten gevonden dat ruim de helft (52%) van de vrouwelijke faculteitsleden ervaring had met ongewenste seksuele intimiteiten vergeleken met 5% van de mannen.²² Van de vrouwen zei 30% met ernstige ongewenste seksuele avances van hun superieuren te maken hebben gehad vergeleken met <3% van de mannen.

De besproken asymmetrie tussen mannen en vrouwen kan beter vanuit een genderperspectief beschouwd worden. Gender beperkt zich niet tot anatomische verschillen maar incorporeert ook de culturele verschillen tussen mannen en vrouwen. Gender is een essentieel concept om machtsverschillen tussen geslachten in relaties betekenis te geven.²³

Volgens de wet van Sullerot zou de status van een beroep verminderen als er meer vrouwen in gaan werken.²⁴ Echter al sinds de zeventiger jaren van de vorige eeuw is er discussie over het artsenberoep met zijn autonomie, hoge status, en hoog inkomen. Er ontstonden binnen de professie zelf kritische artsen. Auteurs als Illich, Zola en McKeown bekritiseerden de medische macht en ontwikkelden een theorie over medicalisering: steeds meer verschijnselen van het menselijke bestaan worden onder de beoordelingsbevoegdheid van de medische professie gebracht.²⁵⁻²⁹ Ook de toename van chronische dwz ongeneeslijke ziekten doet beseffen dat er grenzen zijn aan de macht van de geneeskunde zijn. Naast kritische geluiden uit eigen en wetenschappelijke kring spelen ook het mondiger worden van

patiënten, de sterke budgetbeperking en strikte regelgeving van de Overheid en de maatschappelijke ontwikkelingen zoals internet waardoor informatie voor iedereen bereikbaar komt spelen daarbij ook een rol.

De arts wordt alledaagser.³⁰

Het lijkt er dus sterk op dat het proces van alledaagser worden, het uit de ivoren toren komen, dat als statusverlies beschouwd kan worden parallel loopt met of zelfs vooraf gaat aan de toename van het aantal vrouwelijke artsen zonder dat sprake is van een causaal verband.

Binnen de gynaecologie/verloskunde is een duidelijke tendens naar meer vrouwelijke specialisten te zien.³¹ In Groot Britannië blijkt dat het aantal mannen dat voorkeur heeft voor dit specialisme is gedaald in de periode 1974-2000 van 3.9% naar 0.9% en bij vrouwen van 4.3% naar 3.2%. Een van de redenen is vraaggestuurde zorg: vrouwelijke patiënten hebben vaker voorkeur voor een vrouwelijke specialist op dit terrein. Mannelijke studenten doen mede daarom minder ervaring op tijdens hun studie en opleiding. De auteurs Higham en Steer concluderen dat traditioneel vrouwen gediscrimineerd werden in de medische opleiding, maar dat mannen in toenemende mate worden uitgesloten van sommige specialismen.³¹

Recent heeft Prof. Carol Blake, de tweede vrouwelijke president van het Royal College of Physicians in 500 jaar, publiekelijk verklaard dat door teveel vrouwelijke artsen de medische professie aan status, macht en invloed verliest.³² ‘Professions that lose their male dominance lose some of its status and power’. Als voorbeeld haalt zij de situatie in Rusland en de voormalige Sovjet republieken aan. Daar wordt nu juist het werk in meer dan 90% door vrouwen gedaan die niet doorstromen naar hogere functies terwijl de macht wordt uitgeoefend door mannen die vaak het contact met de dagelijkse praktijk hebben verloren. Ook Mulder en de Jong vermelden in hun proefschrift over vrouwelijke chirurgen weerstand en angst onder de zittende beroepsgroep dat met de komst van vrouwen het aanzien en de inkomsten van de chirurgen zullen dalen.³³

Het is niet geheel duidelijk waar Blake bang voor is als zij stelt dat de medische professie financieel, professioneel, academisch en sociaal niet meer aantrekkelijk is voor mannen en of dat wel waar is. Niettemin blijkt zij ook van mening dat een gelijke verdeling fifty-fifty tussen mannen en vrouwen wenselijk is. Dat ben ik met haar eens.

Evenals zij ben ik een voorstander van evenveel vrouwen als mannen in principe. In Noorwegen is dat zelfs wettelijk geregeld voor openbare commissies, raden, bestuursorganen.

Op het prikkelende artikel van Carol Blake dat als een tijdbom wordt gekenschetst zijn heftige reacties gekomen: de meeste benadrukken dat

kwaliteit boven gender gaat en dat er vooral een betere balans tussen beroep en privé-leven gevonden moet worden, niet alleen voor vrouwen, ook voor mannen.^{34,35}

Medisch OpleidingsContinuum

De initiële opleiding tot basisarts en de daaropvolgende specialisatie tot huisarts, medisch specialist of sociaal geneeskundige is een lange kostbare periode en een complex gebeuren waarbij de verwerving van kennis en vaardigheden samen gaat met de socialisatie tot arts, inwijding in de professie, het ‘dokter worden’.³⁶

De feitelijke duur van de initiële opleiding en de vervolgopleiding is veel langer dan de theoretische duur. Uit onderzoek van Cohen- Schotanus bleek dat artsen aan het eind van hun specialisatie zeiden dat zij twee jaar tijdens de basisopleiding en drie jaar bij de aansluiting tussen de basisopleiding en de vervolgopleiding hadden verloren.³⁷ In de drie jaar die artsen tussen het artsexamen en het begin van de vervolgopleiding verloren hadden, deden zij weliswaar werkervaring op als AGNIO (arts-assistent niet in opleiding). Maar zij waren niet doelgericht met hun toekomstige vak bezig en ontvingen vaak geen onderwijs. M.i. is het kapitaal vernietiging als wij onze basisartsen die tot de duurst opgeleide in Nederland behoren geen opleidingplaats aanbieden aan het eind van hun studie, zodat zij zich op hun toekomst kunnen voorbereiden. Als gevolg hiervan zijn huisartsen gemiddeld 34 jaar en specialisten gemiddeld 37 jaar als zij zich vestigen. Een ongewenste bijwerking is het feit dat in de negentiger jaren vrouwelijke specialisten hun eerste kind op gemiddeld 37 jarige leeftijd kregen, zeven jaar later dan vrouwen uit sociaal-economische vergelijkbare beroepen zoals advocaten en notarissen.³⁸

Daarop spelen de aanbevelingen van het rapport ‘de arts van straks’ in.³⁹ Dit rapport over het Medisch OpleidingsContinuum had tot doel te komen tot een kwalitatief hoogwaardig, meer effectief medisch opleidingstraject dat als geheel minder lang duurt dan nu het geval is en het mogelijk moet maken dat de arts van straks vanaf haar dertigste jaar zelfstandig op adequate wijze en met plezier kan werken en blijven leren. Er worden aanbevelingen gedaan voor een naadloze aansluiting van basis- en vervolgopleiding, en voor herstructurering van de vervolgopleiding –flexibeler en modulair- met de mogelijkheid tot verkorting bij eerder opgedane werkervaring en wetenschappelijke expertise.

Door de basisopleiding beter te structureren en het aantal herkansingen te vergroten is de gemiddelde studieduur sindsdien verminderd.⁵ De aansluiting tussen basisopleiding en vervolgopleiding in de huisartsgeneeskunde is sterk

verbeterd, in de specialistische opleiding laat die aansluiting nog te wensen over.

Naast vele andere aanbevelingen wordt ook geadviseerd om studenten in hun vijfde jaar over hun beroepscarrière te adviseren bijvoorbeeld door enthousiaste senior artsen na hun pensioen, omdat het laatste jaar van de basisopleiding als schakeljaar een zekere differentiatie in het uitstroomprofiel kan bieden en zo de aansluiting met de vervolgopleiding kan verbeteren en de specialisatieperiode kan bekorten. Want het blijkt dat medische studenten soms een gebrekkig beeld hebben van functies in de gezondheidszorg die zij aantrekkelijk vinden.⁴⁰

Als de aanbevelingen van de arts van straks worden gerealiseerd kunnen artsen rond hun 30^{ste} klaar zijn met hun vervolgopleiding en zelfstandig aan het werk gaan. De basisopleiding is overal vernieuwd en geherstructureerd. De uitdaging nu is de opleiding tot medisch specialist te herstructureren zodat ook vrouwelijke specialisten met plezier hun veeleisende beroep kunnen uitoefenen. Het aantal vrouwelijke chirurgen neemt sinds 1995 geleidelijk toe met 1-2 per jaar.³³ Vooralsnog nemen zij een 'token'-of uitzonderingspositie in. Het zijn ook geen doorsnee vrouwen, want zij zijn bereid omwille van hun beroep offers in hun privé leven te brengen.

Vrouwelijke chirurgen kunnen hun beroep uitstekend in volle omvang uitoefenen. Voor veel onder hen is het niettemin voorwaarde dat zij naast hun beroep voor hun gezinstaken tijd overhouden.

Emancipatie van de huisartsgeneeskunde

Tot 1974 werden studenten geneeskunde formeel in zeven jaar tot huisarts opgeleid, waarna zij zich desgewenst konden specialiseren. Toen werd door wijziging van het Academisch Statuut de studie geneeskunde bekort tot de zes jaar durende initiële opleiding tot basisarts. De huisartsen kregen een eigen vervolgopleiding en als teken van erkenning als apart specialisme een eigen register. De gevestigde huisartsen zoals ik werden via een generaal pardon in het register opgenomen.

Anno 2004 is de huisartsgeneeskunde een van de acht kerndisciplines aan alle medische faculteiten: een erkende en volwaardige discipline met een eigen klinisch spectrum, een eigen proces van hulpverlening, een eigen object van onderzoek en een eigen opleiding.⁴¹

Het gaat om generalistische, contextuele geneeskundige hulp verleend aan patiënten in hun eigen omgeving, waar mogelijk wetenschappelijk onderbouwd en waar dat niet mogelijk is gebaseerd op gemeenschappelijke ervaringskennis, doelmatig verleend door academisch opgeleide huisartsen.^{42,43}

In het begin van de ontwikkelingen van de huisartsgeneeskunde hebben vrouwen geen rol gespeeld. De Woudschoten conferentie in 1959 waar de beginselverklaring van de huisartsgeneeskunde werd geformuleerd was een mannenbijeenkomst.⁴⁴ Er waren alleen NHG-leden aanwezig, alleen huisdokters, geen specialisten, geen psychologen, geen buitenlanders, geen patiënten(verenigingen).⁴⁵

Lange tijd heeft de vrouwelijke huisarts een minderheidspositie ingenomen. Hoewel dat in de negentiger jaren in goede richting is veranderd, blijkt dat huisarts nog steeds een door mannen gedomineerd beroep is.⁴⁷

Ook onder huisartsen zien we nog onvoldoende doorstroom van vrouwelijke huisartsen naar hogere functies zoals voorzitters van beroepsverenigingen en redactiecommissies, hoogleraren, of directeuren, terwijl in besturen en commissies vaak nog geen evenredige vertegenwoordiging is gerealiseerd.

Deeltijd werken

Steeds meer huisartsen werken in deeltijd hetgeen grotendeels samenhangt met de instroom van vrouwelijke huisartsen. Vooral vrouwen kiezen voor een deeltijdbaai. In 2001 werkte 34.6% van de zelfstandig gevestigde minder dan één fulltime equivalent (fte), in 1997 was dat nog 29%.

In 2001 werkte ruim 77% van de mannelijke huisartsen voltijd tegen 23% van de vrouwelijke huisartsen. Iets meer dan de helft van de vrouwelijke huisartsen werkt minder dan 60% tegen minder dan 10% van de mannelijke huisartsen.⁴⁷

Als hoogleraar huisartsgeneeskunde ben ik een groot voorstander van deeltijd werken. Hoe zou ik onderwijs moeten geven en onderzoek moeten doen als huisartsen niet parttime wilden werken en bereid waren in hun praktijk de zorg voor hun patiënten zo te organiseren dat ze tijd aan onderwijs of onderzoek kunnen besteden. Ook de collegae specialisten in Academia werken meestal parttime in de zorg en besteden daarnaast hun tijd aan management, onderzoek, onderwijs en opleiding. Bij het academisch ziekenhuis als werkgever wordt deeltijdwerk van specialisten in de zorg niet zichtbaar. Bij huisartsen die in Opeinde, Hoogezand, Hoogeveen, Roden of Wolvega in hun eigen praktijk werken wel.

De begrippen voltijd en deeltijd zijn in de afgelopen decennia aan veranderingen onderhevig geweest. En bovendien varieert het aantal arbeidsuren bij verschillende voltijdbanen van 36 uur voor een huisarts in opleiding tot 48 uur voor een arts werkzaam bij het academisch ziekenhuis.

In het algemeen wordt een baan waarin tien dagdelen wordt gewerkt als voltijd gezien. Op een studentensymposium over dit onderwerp, waar Halma, de internist auteur van het artikel in Medisch Contact “deeltijd dokters, halve dokters” als spreker aanwezig was, bleek dat ook hij een vrije middag had en dus geen tien dagdelen werkte maar negen.⁴⁸ Op dat symposium vertelde de chirurg opleider uit de Isala-klinieken te Zwolle dat de maatschap van chirurgen had afgesproken allemaal 80% te werken. Dat bleek wel even wennen, maar nadat de overdracht goed geregeld was, bleek het voor alle maatschapsleden heel bevredigend. Goede organisatie is cruciaal.

De beperkende factor is de continuïteit van zorg voor de patiënt. Uit onderzoek in de voormalige universitaire huisartsgroepspraktijk Antonius Deusinglaan met 5000 ingeschreven patiënten bleken de vier half tijd werkende huisartsen door goede organisatie een hoge continuïteit te behalen, hoger dan de solisten.(tabel 2)⁴⁹ Investeren in goede organisatie en overdracht o.a. door betrouwbare en toegankelijke, elektronische patiënten dossiers spelen daar bij een belangrijke rol.

Tabel 2. Continuïteit van zorg bij half-tijd huisartsen

Door zelfde huisarts gezien:

83% van patiënten met tenminste 2 contacten in 1 jaar

79% van patiënten met tenminste 2 contacten in 3 jaar

Ook onze toekomstige collegae, de huisartsen in opleiding (haio's) hebben persoonlijk continuïteit vooral bij ernstige ziekten en ingrijpende gebeurtenissen hoog in hun vaandel, naast persoonlijke betrokkenheid en beschikbaarheid.⁵⁰ De huisartsen in opleiding hechtten zelfs meer belang aan continuïteit dan hun opleiders, maar vonden dat ze buiten kantooruren minder beschikbaar hoefden te zijn. Haio's die meer plezier in hun werk hadden hechtten meer aan persoonlijke continuïteit en vrouwen hechten meer aan beschikbaarheid.

Doorstroom in Academia: mommy track tenure

Speciaal de gebrekkige doorstroom van vrouwelijke artsen naar hogere functies in maatschappij en academia baart mij zorgen en acht ik kapitaal vernietiging.

Als onze academie wil blijven profiteren van vrouwelijke professionele inbreng in de geneeskunde zullen nog meer stimulerende initiatieven ondernomen moeten worden op de korte termijn om op de lange termijn winst te boeken.^{51,52} In het Harvard-MIT MD-PhD programma worden de volgende aanbevelingen gedaan:⁵³

- meer vrouwelijke rolmodellen: The most accurate predictor of subsequent success for female undergraduates is the percentage of women among faculty members at their college.⁵⁴
- bij sollicitaties evenveel vrouwelijke als mannelijke kandidaten uitnodigen;
- jonge ouders zowel vaders als moeders stimuleren om carrière, patiëntenzorg en ouderschap te combineren door
 - * het aio-schap met een jaar te verlengen voor vrouwen die een kind krijgen;
 - * een semester betaald verlof voor elk faculteitslid dat de primaire verzorger van een pasgeboren baby
 - * deeltijd aanstellingen voor faculteitsleden met een carrière perspectief die primaire verzorger van een familielid zijn

Het is niet eenvoudig om een academische carrière te realiseren in de geneeskunde.

Enthousiasme voor onderzoek en een fundamentele nieuwsgierigheid naar het hoe en waarom van een ziekte zijn voorwaarden voor het welslagen van medisch wetenschappelijk onderzoek.⁵⁵ Voor dokters bestaat daarnaast de drang het resultaat van het wetenschappelijk onderzoek aan de patiënten ten goede te laten komen een extra uitdaging.

Bij de lange opleidingsperiode tot arts komt nog de wetenschappelijke ontwikkeling. Want voor iemand die een wetenschappelijke carrière ambieert, vormen een afgeronde dissertatie en een voltooide vervolgopleiding nog maar het begin.

Gelukkig zijn er een aantal kansrijke initiatieven gestart. Het AIO-Coschap, de combinatie van co-assistentenschap met opleiding tot onderzoeker heeft vorm gekregen in de Junior Scientific Masterclass (JSM) die talentvolle studenten de mogelijkheid biedt tijdens de initiële opleiding tot basisarts inclusief de co-assistentenschappen naast het onderwijs, tijd en energie te steken in wetenschappelijke vaardigheden.⁵⁶ Na 8 jaar dokter en doctor worden is het ideaal. Op dit moment zijn er evenveel vrouwelijke en mannelijke studenten geïnteresseerd. Onder de studenten die van 1999 tot 2004 aan de cursussen en JSM klassen hebben deelgenomen waren vrouwelijke studenten in de meerderheid, het aantal mannelijke en vrouwelijke studenten onder degenen die de basisartsopleiding met een promotietraject combineerden (een MD/PHD traject) was vergelijkbaar.

Het AGIKO-schap, waarbij de vervolgopleiding met een opleiding tot klinisch onderzoeker en de afronding van een dissertatie wordt gecombineerd is ook een goede mogelijkheid.⁵⁷ Als een en ander goed gepland wordt kunnen mannen en vrouwen wanneer zij op hun 18e beginnen begin 30 doctor en gespecialiseerd zijn.

Voor vrouwen is de vervolgopleiding de tijd bij uitstek om te bevalen. Als de vrouwen na het afronden van dissertatie en vervolgopleiding en het krijgen van kinderen, 80% werken, twee dagen in de patiëntenzorg en twee dagen in de wetenschap of het onderwijs en drie dagen als ouder kunnen mannen en vrouwen die een wetenschappelijke carrière ambiëren dat realiseren. Helaas lijken de nieuwe registratie-eisen van het College voor Huisarts- Verpleeghuisarts Registratie (CHVG) dit nu weer niet mogelijk te maken.

In de New England Journal of Medicine vermeldde Nonnemaker uit onderzoek van alle basisartsen in de Verenigde Staten over de periode 1979-1993 dat het aantal vrouwelijke studenten en het aantal vrouwelijke artsen dat een academische positie bezet eveneens.¹¹ Dat blijkt zelfs groter dan dat onder mannen. Echter het aantal vrouwen dat universitair hoofddocent of professor wordt is lager dan verwacht, al nemen de absolute aantallen toe, sterker dan in Nederland. Als hier geldt wat Kvaerker in Noorwegen vond dat toppen op een brede basis voorkomen ziet de toekomst er ook hier rooskleurig uit.

Tot besluit

Mijnheer de Rector, dames en heren ik kom tot mijn afsluiting.

Het lijkt tot dusverre een oratio pro domo. Dat klopt. Ik ben een sterk voorstander van meer vrouwen in alle specialismen en in hogere functies tot een fifty-fifty verdeling is bereikt.

Maar het is maar de helft van de waarheid.

In de komende decennia zal er door een hoger zorggebruik samenhangend met ontwikkelingen in de geneeskunde, mondiger patiënten en de verzilvering zoals Smid de vergrijzing noemt, veel meer zorg en veel meer zorgverleners, waaronder artsen, nodig zijn.⁵⁸ Er is berekend dat 30% meer zorg nodig is, terwijl het aantal zorgverleners maar met 10% stijgt.

Om de redenen die ik reeds noemde maar ook omdat ik binnenkort tot mijn eigen onderzoeksgroep 'de bejaarden' ga behoren, vind ik het van het grootste belang dat vrouwen in staat gesteld worden om hun kennis en vaardigheden, hun ervaring en registratie te behouden en gemotiveerd worden beschikbaar te blijven voor het primaire proces, de zorg voor de patiënt. Want daar draait het in wezen om in de geneeskunde.

Vroeger stond in de collegezaal interne geneeskunde in Leiden het citaat van J.B. Murphy (19859-1916) boven het spreekgestoelte:

“ The patient is the centre of the medical universe around which all our work resolves and towards all our efforts tend”.⁵⁹

Ik heb mijn oratie in 1991 besloten met het citaat van Berenice Beaumont uit de British Medical Journal.⁶⁰

Voor een vrouwelijke medicus zijn de volgende voorwaarden noodzakelijk: een coöperatieve partner, makkelijke kinderen, betrouwbare hulp thuis, grenzeloze energie en enorme vastbeslotenheid.

Maar dat is niet genoeg. Er moeten dusdanige maatschappelijke en beroepspecifieke omstandigheden worden gecreëerd dat een goede balans tussen arbeid en privé leven bereikt wordt, zodat ouderschap geen sluitpost is, en carrière evenmin.

Met mijn hoogleraarschap en ‘de arts van straks’ heb ik geprobeerd daaraan bij te dragen. Zonder mijn Joost was dat nooit gelukt. Aan hem draag ik dit afscheidscollege op.

U kunt de tekst van dit verhaal in iets uitgebreidere vorm, voorzien van literatuurreferenties nalezen op de Website van onze universiteit www.azg.umcg.nl.

Mevrouw de Rector. Ik hoop dat een van mijn opvolgers in de toekomst haar oratie of afscheidscollege op deze wijze kan besluiten.

Ik heb gezegd.

Literatuur

1. Jacobs AH. Herinneringen. Nijmegen: Socialistische Uitgeverij Sun (Reprint), 1978.
2. Wilde I de. Aletta Jacobs in Groningen. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen/Universiteitsmuseum, 1979.
3. Verweij-Jonker H. Emancipatiebewegingen in Nederland. Deventer: Van Lochem Slaterus, 1983.
4. Hermann C. Vrouwelijke artsen in Nederland. (Academisch proefschrift, Katholieke Universiteit Nijmegen). Meppel: Krips Repro, 1984.
5. Huisjes H. Onderwijsvisite geneeskunde. Utrecht: Quanu, 2004 (www.quanu.nl).
6. www.zorgatlas.nl
7. Brouns M, Schokker A. Arbeidsvraagstukken en sekse. Trendrapport 2 STEO. Den Haag: Ministerie Sociale Zaken en Werkgelegenheid DOP, 1990
8. Kruijthof K. Specialisten (V/M) in organisatie. VNVA krant 2004; 32: 18-19 (www.vnva.nl)
9. Kvaerner KJ, Aasland OG, Botten GS. Female leadership: cross sectional study. BMJ 1999;318: 91-4

10. Stichting de Beauvoir. Monitor vrouwelijke hoogleraren 2002. Amsterdam, 2003.
(www.stichtingdebeauvoir.nl)
11. Nonnemaker L. Women physicians in academic medicine. *New Engl J Med* 2000; 342: 399-405
12. Ash AS, Carr PL, Goldstein R, Friedman R. Compensation and advancement of women in academic medicine: is there equity? *Ann Int Med* 2004; 141:204-12
13. Laine C, Turner BJ. Unequal pay for equal work: the gender gap in academic medicine. *Ann Int Med* 2004; 141; 238-9
14. Grant VJ, Robinson E, Muir P. Sex ratios in healthcare occupations: population based study. *BMJ* 2004; 328: 141-2.
15. Willemsen TM. Vrouwelijke hoogleraren: hoe meer, hoe beter. In: Vrouwelijke hoogleraren in Nederland, verslag van het gelijknamige LNVH/KNAW symposium te Amsterdam. Amsterdam: LNVH/KNAW, 2002.
16. Buizer AT. Vrouwelijke specialisten en vrouwelijke artsen in topposities in het buitenland (scriptie op basis van literatuuronderzoek). Groningen: RUG, Faculteit der Medische Wetenschappen, 2004.
17. Nilwik A, Winants Y, Moazenni P, Twellaer M. Lusten en lasten van het combineren van beroeps-en zorgarbeid bij vrouwelijke huisartsen in opleiding. *Huisarts Wet* 2003; 46: 303-7
18. Lawler A. Women in science. College heads pledge to remove barriers. *Science* 2001; 291: 806
19. Schouten M. Evaluatie pilot moedercontract, ook voor vaders. Utrecht: UMC, 2002
20. Woodcock A. Political correspondent. Plan to boost children. In the independent PANews. 8 September 2004. (zie ook Volkskrant 9 september 2004)
21. www.vensterschool.groningen.nl
22. Carr PL, Ash AS, Friedman RH, Szalacha L, Barnett RC, Palepu A, Moskowitz MM. Faculty perceptions of gender. Discrimination and sexual harassment in academic medicine. *Ann Int Med* 2000; 132: 889-96
23. Scott J. Gender: a usefull category of historical analysis. In: *American Historical Review*, 1986: 1053-75
24. Sullerot E. Geschiedenis en sociologie van de vrouwenarbeid. Nijmegen: SUN (reprint) 1979
25. Schram M, Pool JJ. Medicalisering en de rol van de huisarts. *Huisarts Wet* 1980; 23: 469-474.
26. Illich I. Het medidch bedrijf. Baarn: Het wereldvenster, 1975.
27. Zola IK. De medsiche macht. Mepple: Boom, 1973
28. McKeown Th. The role of of medicine: dream, mirage or nemesis. Oxford: Basil Blackwell, 1979
29. Mol A, Lieshout P van. Ziek is het woord niet. Nijmegen: Sun, 1989
30. Metz JCM. Leren en onderwijzen in de geneeskunde. *Bulletin medisch onderwijs* 1993; 12: 11-26
31. Higham J, Steer PJ. Gender gap in undergraduate experience and performance in obstetrics and gynaecology: analysis of clinical experience. *BMJ* 2004; 328: 142-3
32. Hall C. Influx of women doctors will harm medicine by Carol Blake. *New.telegraph.co.uk*: 3 august 2004.
33. Mulder M, Jong E de. Vrouwen in de heelkunde, een cultuur historische beschouwing (Academisch proefschrift) Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 2002
34. Laurence J. The medical timebom: too many women doctors. *Independent News*: 2 August 2004
35. Akbar A. Warning over womens' role in medicine backed by male peers. *Independent news*: 3 August 2004.

36. Winants YHWM. Co-assistentschappen als inwijding in de medische beroepscultuur. Amsterdam: Thela thesis, 1999.
37. Cohen-Schotanus J, Reinders JJ, Agsterribbe J, Meyboom- de Jong B. Tien jaar arts, een longitudinaal onderzoek naar de loopbaan vanaf het afstuderen. Nederlands Tijdschr Geneesk 2002; 146: 2474-8
38. Maas SM, 't Hoff M van, Rings EHHM, Waals FW van der, Buller H. Zwanger en in opleiding tot specialist. Ned Tijdschr Geneesk 1992; 136: 2526-31.
39. Meyboom-de Jong B, Schmit-Jongbloed LJ, Willemse C. De arts van straks. Utrecht: KNMG, 2002.
40. Offenbeek M van, Oosterhuis M. Nieuwe tijden, nieuwe dokters. Medisch Contact 2004; 59: 1469-70
41. Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Huisartsenzorg en huisartsenvoorziening. Concretisering toekomstvisie huisartsenzorg 2012. Utrecht: NHG, 2004.
42. Health Council of The Netherlands. European primary care. Den Haag, 2004
43. Weel C van. Context en medisch handelen. Een visie vanuit de huisartsgeneeskunde. Huisarts Wet 2001; 44: 494-7
44. Werf GT van der, Zaat J. De geboorte van een ideologie. Woudschoten en de huisartsgeneeskunde. Huisarts Wet 2001; 45: 428-35
45. Bremer GJ. Epiloog. In: Zaat J, red. Terug naar Woudschoten. Utrecht: Redactie H&W, 2002
46. Berg MJ van Den, Kolthof ED, Bakker DH de, CJ van der. De werkbelasting van huisartsen, de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk deel 6. Utrecht: NIVEL, 2004.
47. Bremer GJ. Hora est: proefschriften van huisartsen 1900-1995. Rotterdam: Erasmus publishing, 2000
48. Halma C, Graaf H de, Leemhuis MP. Deeltijddokters zijn halve dokters. Medisch Contact 2003; 58: 349-51
49. Ter Braak EM, Smith RJA. Continuïteit van zorg bij parttime werkende huisartsen. Huisarts Wet 1993; 36: 47-9
50. Schers HJ, Ven C van de, Hoogen HJHM van den, Grol RPTM, Bosch WJHM van den. Ook huisartsen-in-opleiding vinden continuïteit belangrijk. Huisarts Wet 2004; 47: 322-25
51. Whitcomb M. The future of academic medicine has begun. Academic medicine 2004; 79: 281-2
52. Draznin J. The mommy track tenure. Academic Medicine 2004; 79: 289-90.
53. Andrews NC. The physician- scientist problem: Where have all the young girls gone? Nature medicine 2002; 8: 439-41
54. Trower CA, Chait RP. Faculty diversity: too little or too long. Harvard Magazine 2002; 104
55. Postma DS. CARA: van onderzoek naar praktijk [oratie] Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1994.
56. Hooiveld MHW, Vogt L. De JSM onderweg. Groningen: Faculteit der Medische Wetenschappen/Academisch Ziekenhuis. Groningen, 2004
57. Rees-Wortelboer MM van, Lamberts SWJ, Klasen EC. Assistent-geneeskundige in opleiding tot klinisch onderzoeker (AGIKO); opleidingsmodel ter versterking van klinisch –wetenschappelijk onderzoek door huisarts en specialist. Ned Tijdschr Geneesk 1997; 141: 1247-51.
58. Smid H. Voorwoord in: Bos GAM van den, Danner SA, Haan RJ de, Schadé E. Chronische ziekten en gezondheidszorg. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2000
59. Meyboom JS. Een avontuurlijk leven. Groningen: Rijkuniversiteit Groningen, 2003
60. Beaumont BR. Training and careers of women doctors in Thames regions. BMJ 1978; i:191-2

